

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Année scolaire 1907-1908. — N° 46

Travail de la Clinique ophtalmologique de la Faculté de Médecine de Lyon.

ÉTUDE CLINIQUE
SUR L'INFILTRATION
GOMMEUSE SYPHILITIQUE
DE L'ŒIL

THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Et soutenue publiquement le 9 Décembre 1907

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

Henri MILLET

Né le 11 Février 1883, à Lyon (Rhône).

Ancien Externe des Hôpitaux de Lyon.

Élève à l'École du Service de Santé Militaire.



LYON

A. REY, IMPRIMEUR-ÉDITEUR DE L'UNIVERSITÉ

4, RUE GENTIL, 4

Décembre 1907

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Année scolaire 1907-1908. — N° 46

Travail de la Clinique ophtalmologique de la Faculté de Médecine de Lyon.

ÉTUDE CLINIQUE
SUR L'INFILTRATION
GOMMEUSE SYPHILITIQUE
DE L'ŒIL

THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Et soutenue publiquement le 9 Décembre 1907

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

Henri MILLET

Né le 11 Février 1883, à Lyon (Rhône).

Ancien Externe des Hôpitaux de Lyon.

Élève à l'École du Service de Santé Militaire.



LYON

A. REY, IMPRIMEUR-ÉDITEUR DE L'UNIVERSITÉ

4, RUE GENTIL, 4

—
Décembre 1907

PERSONNEL DE LA FACULTÉ

MM. HUGOUNENQ DOYEN.
J. COURMONT ASSESSEUR
DOYEN HONORAIRE : M. LORTET

PROFESSEURS HONORAIRES

MM. CHAUVEAU, AUGAGNEUR, MONOYER, BONDET, MAYET, SOULIER.

PROFESSEURS

Cliniques médicales	MM. LÉPINE
Cliniques chirurgicales	TEISSIER
Clinique obstétricale et Accouchements	BARD
Clinique ophtalmologique.	PONCET
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	JABOULAY
Clinique des maladies mentales	FABRE
Clinique des maladies des enfants	ROLLET
Clinique des maladies des femmes	NICOLAS
Physique médicale	PIERRET
Chimie médicale et pharmaceutique	WEILL
Chimie organique et Toxicologie	POLLOSSON (A.)
Matière médicale et Botanique	X...
Parasitologie et Histoire naturelle médicale	HUGOUNENQ
Anatomie	CAZENEUVE
Anatomie générale et Histologie	BEAUVISAGE
Physiologie	GUIART
Pathologie interne.	TESTUT
Pathologie et Thérapeutique générales	RENAUT
Anatomie pathologique.	MORAT
Médecine opératoire	ROQUE
Médecine expérimentale et comparée	COLLET
Médecine légale.	TRIPPIER
Hygiène.	POLLOSSON (M.)
Thérapeutique	ARLOING
Pharmacologie	LACASSAGNE
	COURMONT (J.)
	PIC
	FLORENCE

PROFESSEUR ADJOINT

Physiologie, cours complémentaire M. DOYON

CHARGÉS DE COURS COMPLÉMENTAIRES

Pathologie externe	MM. VALLAS, agrégé
Maladies des voies urinaires	ROCHET. —
Maladies des oreilles, du nez et du larynx	LANNOIS, —
Propédeutique chirurgicale	BERARD, —
Propédeutique de gynécologie	CONDAMIN, —
Hygiène administrative	LESIEUR, —
Accouchements	COMMANDEUR —
Matière médicale	MOREAU —
Embryologie	REGAUD, —
Anatomie topographique	ANCEL, —

AGRÉGÉS

MM.	MM.	MM.	MM.
BARRAL	TIXIER	NEVEU-LEMAIRE	LAROYENNE
PAVIOT	REGAUD	PATEL	VORON
SAMBUC	ANCEL	J. LEPINE	NOGIER
COURMONT (P.)	COMMANDEUR	LESIEUR	MOUNEYRAT
CHATIN	GAYET	MARTIN (Etienne)	
VIL LARD	MOREL	CAVAILLON	

M. BAYLE, Secrétaire.

EXAMINATEURS DE LA THESE

MM. ROLLET, *Président* ; NICOLAS, *Assesseur* ;
MM. ROCHET et ETIENNE MARTIN, *Agrégés*.

La Faculté de médecine de Lyon déclare que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation.

A LA MÉMOIRE DE MON PÈRE

Le Docteur Ch. MILLET

Médecin-Major de 1^{re} classe en retraite,
Officier de la Légion d'honneur.

A MA MÈRE

A qui je dois tout.

A MES SŒURS

Témoignage de tendre affection.

A MON FRÈRE

Le Lieutenant Ch. MILLET

Mon plus doux ami.

A TOUS CEUX QUI ME SONT CHERS

A MON PREMIER MAITRE

Monsieur le Docteur CHAPUT

Chirurgien de l'Hôpital Lariboisière,
Chevalier de la Légion d'honneur.

A MONSIEUR LE DOCTEUR WUILLOMENET

Ancien Président de la Société d'Ophtalmologie de Paris.

A MES MAITRES DES HOPITAUX DE LYON

1905-1907

MONSIEUR LE PROFESSEUR ROLLET

MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ LANNOIS

Médecin des Hôpitaux.

MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ VILLARD

Chirurgien des Hôpitaux.

dont j'ai eu l'honneur d'être l'externe.

A MES MAITRES MILITAIRES

A mon Président de Thèse

MONSIEUR LE PROFESSEUR ROLLET

Professeur de Clinique ophtalmologique,
Chirurgien des Hôpitaux.

INTRODUCTION

Ayant eu l'honneur d'être le secrétaire de M. le professeur Rollet, nous avons eu l'heureuse occasion d'observer à la Clinique, jour par jour, le malade qui fait le sujet de notre thèse. M. le professeur Rollet a bien voulu nous confier ce travail : nous lui en sommes profondément reconnaissant.

Que notre Maître soit assuré de nos sentiments de profonde gratitude. Les deux semestres d'externat passés à ses côtés seront inoubliables pour nous.

M. le Dr Moreau, chef de clinique, fut pour nous plus qu'un Maître, un ami. Qu'il veuille bien croire à notre respectueuse, très grande et très sincère affection.

ÉTUDE CLINIQUE

SUR L'INFILTRATION

GOMMEUSE SYPHILITIQUE

DE L'ŒIL

HISTORIQUE

Nous n'avons rencontré que peu d'observations répondant de toutes pièces à notre cas. Et pourtant, à la Renaissance, les anciens ont été témoins de nombreux faits semblables, car, ce n'est pas sans raison qu'en 1530, Fracastor, pour la consultation duquel un empereur se dérangeait, disait du syphilitique

*Ulcera (proh divum pietatem) informia pulchros
Pascebant oculos et diæ lucis amorem,*

ce qu'Yvaren nous traduit, en disant que

Ses beaux yeux où l'azur du ciel venait se peindre,
Ses beaux yeux à jamais condamnés à s'éteindre,
L'ulcère les dévore.

Plus tard, les renseignements font totalement défaut.
Est-ce à dire que

Le mal, autrefois si vorace,
Avec moins de fureur sévit sur notre race ?

Nous l'ignorons, mais toujours est-il que Boerhaave, Guérin et M. de St-Yves sont muets sur ce sujet ; toutes les lésions oculaires graves sont pour eux du domaine de la goutte sereine. Jusque-là, personne n'a fait mention ou fait entrevoir la possibilité de gommes oculaires.

Au commencement du siècle dernier, en 1801, Beer et Schmidt décrivent les premiers l'iritis ; les néo-productions iriennes sont appelées condylomes par Beer ; Desmarres, en 1847, les considère encore comme de petits abcès ; il faut attendre de Græfe et Colberg, en 1861, pour que soit établie la véritable nature des gommes de l'iris. Il n'y a donc que quarante ans que l'on peut, sans hérésie, parler de gommes oculaires.

Apparaissent ensuite successivement des observations de gommes des différentes parties de l'œil ; en 1863, Magni de Bologne publie la première observation de gomme de la conjonctive. De Wecker observe en 1866 le premier cas d'épisclérite gommeuse. A Guibout, revient l'honneur d'avoir le premier, en 1872, fait mention d'une véritable gomme du corps ciliaire. Denarié, en 1883, est le premier à nous parler des gommes de la cornée dans sa thèse inaugurale ; Alexander publie en 1888 un cas de gomme de la choroïde. Lewin, en 1891, relate un cas de gomme de la rétine, enfin, Scheidemann, en 1895, nous montre une gomme siégeant sur la papille du nerf optique.

Depuis 1861, le nombre des observations de gommes oculaires a considérablement augmenté : des thèses nombreuses et riches en observations détaillées ont

paru sur ces sujets jadis inconnus. Est-ce à dire que le nombre des cas de « véroles galopantes » s'accroît ? Non. Ces « véroles de la Renaissance » comme les appelait Ricord « disparaissent heureusement de plus en plus comme beaucoup de meubles vermoulus et inconfortables de cette époque ». Mais on observe mieux et l'on connaît mieux les rapports qui existent entre les affections oculaires et les maladies générales dont elles ne sont que les manifestations les plus visibles, les plus indiscutables.

Dans tous les cas précédents, une, deux, trois enveloppes oculaires au maximum sont prises : l'œil tout entier n'est pas touché, et ce n'est qu'en 1867, que von Hippel publie le premier cas qui rentre dans le cadre de notre thèse. La maladie n'atteint plus un ou deux points de la coque oculaire ; la totalité des membranes du globe est prise ; aucune n'échappe au processus morbide. Est-ce à dire qu'avant cette date on méconnaissait les cas semblables ; peut-être non, mais on ne trouve pas d'observations publiées. Desmarres, en 1847, n'y fait pas allusion dans son *Traité théorique et pratique des maladies des yeux*. Seul, Mackenzie, en 1857, semble avoir tracé le tableau de l'affection qui nous occupe lorsqu'il dit : « L'inflammation dans l'iritis syphilitique ne s'use pas d'elle-même, et ne se termine point simplement par la perte de la vision..., mais elle s'étend d'un tissu de l'œil à un autre jusqu'à ce que la totalité de l'organe soit englobée dans un processus désorganisateur qui laisse à peine des traces de la structure normale des parties. »

Puis, viennent des observations de Lawson, de Dela-

field, et plus près de nous celles de Brixia, d'Abren-Fialho, de Barkan, et enfin celle que nous avons recueillie dans le service de M. le professeur Rollet, en 1906.

OBSERVATION I (inédite et personnelle.)

(Observation recueillie dans le service
de M. le professeur Rollet.)

*Iritis gommeuse diffuse suivie d'infiltration de l'œil. —
Traitement spécifique intensif. — Mort quinze mois
après le chancre par gommes viscérales multiples.*

A.... J., trente-cinq ans, demeurant à Lyon, entre dans le service de M. le professeur Rollet, le 4 avril 1906.

Il ne présente rien de particulier dans ses antécédents héréditaires ; il est veuf et père de deux enfants bien portants. Il n'a jamais eu de maladies sérieuses, ni dans son enfance, ni dans son adolescence.

Exerçant la profession d'ajusteur, il fut envoyé à Moscou fonder une succursale de sa maison, il y a un an environ ; il y a dix mois, en juin 1905, il contracta la syphilis avec une Sibérienne, chanteuse de café-concert. Le chancre dura un mois. Quarante-cinq jours après survint une roséole, ses cheveux tombèrent en masse, il eut des céphalées vives, des douleurs ostéoscopes, mais il ne remarqua point de plaques muqueuses. Cinq mois après, le malade eut à l'œil gauche une atteinte d'iritis pour laquelle il consulta à Moscou ; il suivit un traitement d'environ quinze jours au moyen d'injections sous-conjonctivales d'un médicament que le malade ignore. A ce moment, il ne s'aperçut d'aucune amélioration dans son état oculaire et, il est très affirmatif à cet égard, on ne lui administra aucun traitement général. En raison de l'inefficacité du traitement suivi il s'adressa à un autre médecin. Ce dernier, immédiatement,

lui fit suivre un traitement antisypilitique avec injections dans la fesse. Les piqûres furent faites au nombre d'une douzaine environ. Il semble que ces injections aient été faites avec des sels solubles de mercure. Le malade fut considérablement amélioré. Il resta pendant environ deux mois dans un état très satisfaisant, continuant de travailler et de vaquer à ses occupations. Puis brusquement, il y a six semaines, son œil redevint rouge, commença à le faire souffrir et, désenchanté des traitements qu'il avait suivis, il revint immédiatement en France pour se faire traiter car, depuis quinze jours, son œil droit jusque-là indemne était, lui aussi, atteint.

Quand il entre dans le service, le 4 avril 1906, le malade se plaint de vives douleurs temporo-frontales gauches l'empêchant de dormir et d'une baisse considérable de l'acuité visuelle de l'œil gauche; les mêmes symptômes, à peine ébauchés, existent à droite.

Œil gauche. — Injection conjonctivale intense s'étendant aussi loin qu'on le peut observer : les culs-de-sac sont remplis par un bourrelet chémotique jaune rougeâtre assez marqué. Cercle périhératique très intense. Descemetite. Dans la chambre antérieure existe un liquide louche. L'iris est décoloré, semé de petites hémorragies. Il ne réagit plus, il ne se dilate pas par l'atropine; il est irrégulier. Le globe oculaire est douloureux à la pression; tension très peu élevée. Le fond d'œil est inéclairable. $V = 0$. On songe à une iritis gommeuse diffuse.

Œil droit. — Injection conjonctivale moins intense; léger cercle périhératique, cornée très légèrement trouble; humeur aqueuse trouble. L'iris est paresseux. Corps flottants dans le vitré. $V = 1/30$.

Traitement : collyre à l'atropine.

Mais, dès le lendemain 5 avril, le malade se plaint de douleurs très vives; son œil gauche est excessivement douloureux. $T = + 2$. On constate dans la chambre antérieure gauche un hyphéma ou plutôt, on voit du sang plaqué contre

la face postérieure de la cornée; ce sang affecte la forme d'un croissant de lune, mais à convexité dirigée en haut.

En présence de ces symptômes d'hypertension douloureuse on abandonne l'atropine; on instille un collyre à l'ésérine toutes les trois heures. Ventouses de Heurteloup. On institue le traitement antisypilitique :

Iodure de potassium, 3 grammes en potion et frictions avec onguent napolitain, 4 grammes.

9 avril. — L'hypertension augmentant malgré l'ésérine, on pratique une paracentèse de la chambre antérieure en haut.

13 avril. — Les douleurs ont momentanément cessé. Mais le sang de la chambre antérieure, disparu depuis le 9 avril, revient à nouveau. Traînées hémorragiques sur l'iris. L'œil est toujours de plus en plus chémotique : les deux paupières enserrant en se fermant un bourrelet de chémosis.

18 avril. — L'état de l'œil droit est le suivant :

Descemetite. Corps flottants multiples du vitré. $V = 0$. On fait une injection sous-conjonctivale de quelques gouttes de cyanure de mercure à 0,33 pour 1000. L'œil n'est que peu douloureux.

Enfin, le 21 avril, le malade, qui ne dort plus depuis quelques jours, voit ses douleurs augmenter de plus en plus. Le sang de la chambre antérieure a disparu, mais on aperçoit, se dessinant sous le chémosis, une saillie staphylomateuse en dehors et en bas. Le globe oculaire est repoussé en haut; on est obligé de relever fortement la paupière supérieure pour découvrir la cornée gauche. On porte à ce moment le diagnostic de gomme du corps ciliaire et on institue un traitement intensif : on donne au malade 10 grammes d'iode de potassium par jour et on fait une injection intramusculaire de 3 centigrammes de biiodure de mercure en solution aqueuse de Lafay. Le 22 avril, mêmes doses.

22 avril. — La saillie staphylomateuse s'accroît de

plus en plus. Les douleurs persistent quoique atténuées dans la région temporo-frontale gauche. On donne au malade 15 grammes d'iodure ; les injections intramusculaires sont de 6 centigrammes de biiodure.

Le malade ne voit plus de l'œil droit mais celui-ci n'est pas douloureux. Le malade n'a souffert qu'à l'occasion de son injection sous-conjonctivale du 18. Tous les deux jours on alterne les instillations d'atropine et de scopolamine.

27 avril. — L'œil gauche est toujours rouge, énorme, douloureux. On continue toujours à donner au malade 15 grammes d'iodure par jour et 6 centigrammes de biiodure. L'œil droit devient douloureux et staphylomateux, l'iris est plaqué contre la cornée. T = + 2. On met le malade à l'ésérine.

2 mai. — On a été obligé d'arrêter les injections de biiodure : le malade a de la stomatite mercurielle. On continue l'iodure. L'œil gauche est de plus en plus rouge, le chémosis augmente, l'œil, de plus en plus gros, semble sortir de l'orbite. Les douleurs ne laissent pas reposer le malade qui s'anémie. L'œil droit a maintenant l'aspect de l'œil gauche à la date du 4 avril. Le sang est plaqué contre la membrane de Descemet.

Enfin le 7 mai, les douleurs augmentent, le globe gauche grossissant de plus en plus, on procède à son énucléation.

19 mai. — La plaie opératoire est guérie à gauche. Mais à droite, on voit apparaître, dans le regard en bas et en dedans, une saillie staphylomateuse du globe oculaire située en haut et à droite et correspondant, eu égard à sa situation, à une gomme probable de la région équatoriale de la choroïde. La stomatite mercurielle a disparu. Depuis le 23 avril, le malade a pris, pro die, 15 grammes d'iodure. On recommence les frictions mercurielles : 4 grammes d'onguent napolitain. Le 22, on fait une injection sous-conjonctivale d'oxycyanure de mercure.

Le caractère du malade change énormément, il devient très irritable et veut s'en aller à tout prix.

Le 9 juin 1906. — On trouve un gros disque d'albumine dans les urines du malade. Il urine deux litres par jour. Le traitement Hg et Ki est supprimé, on songe à une néphrite syphilitique non médicamenteuse.

Enfin, malgré son état oculaire qui est de plus en plus lamentable : œil droit gros, staphylomateux, soulevant déjà les paupières, causant au malade de vives douleurs, il sort de la clinique le 6 juillet 1906.

Nous avons totalement perdu de vue notre malade et à notre retour de vacances nous apprenons qu'il est rentré dans le service de M. le professeur Roque, dans le courant du mois d'août ; il y mourut le 14 septembre.

Nous empruntons au *Lyon Médical* du 14 avril 1907, la suite de cette observation qui fit l'objet d'une communication de MM. les D^{rs} Roque et Jambon.

« Au mois d'août 1905 le malade entra dans le service de M. le D^r Roque pour des phénomènes pulmonaires et de l'albuminurie.

A ce moment, le malade, déjà cachectique, très anémié présentait aux poumons des signes d'infiltration diffuse surtout marquée aux sommets, des signes d'induration limités vers les bases et de la bronchite surajoutée, tous symptômes qui, joints à une température de 38° 5, auraient pu être interprétés comme une infiltration tuberculeuse. Albuminurie très accusée.

Quelques jours plus tard la fièvre disparaît, l'expectoration diminue, les signes d'induration persistent au niveau des bases et du sommet gauche : ce changement dans l'aspect clinique, l'absence de bacilles de Koch dans les crachats, les antécédents du malade firent porter à M. Roque le diagnostic de syphilis du poumon.

Au mois de septembre le tableau clinique, mise à part bien entendu l'absence de bacilles de Koch, redevient celui d'une tuberculose, à cause de l'expectoration muco-purulente abondante, de la température oscillante et s'élevant chaque soir à 39° 6, des ongles hippocratiques très nets, des

signes stéthoscopiques rapportés plus haut, enfin de l'aspect du visage émacié avec les pommettes rouges.

Le 14 septembre le malade meurt avec des hémoptysies assez abondantes.

L'autopsie a révélé des lésions très remarquables des organes que j'ai l'honneur de vous présenter : voici d'abord un rein porteur de deux gommes à la période de cruidité, l'une dans la substance corticale, l'autre dans la substance médullaire ; j'ai tenu à vous les présenter, à cause de la rareté des gommes dans le rein comparativement à leur fréquence dans le foie et le poumon par exemple.

Je signale en passant qu'il existait une petite gomme en plein tissu hépatique.

Voici maintenant le poumon droit semé de gommes volumineuses circonscrites à différents niveaux dans le parenchyme pulmonaire, les unes très consistantes, les autres déjà un peu ramollies et ocreuses.

Tout autour d'elles le tissu pulmonaire ne crépitait pas à l'état frais.

Il n'y a au sommet, nulle trace de tuberculose ancienne ou récente.

Le poumon gauche présente, lui, outre des gommes analogues à celles que je viens de décrire et situées vers la base une sorte d'infiltration diffuse de ses deux tiers moyens qui lui donne à la coupe l'aspect d'une pneumonie caséeuse ; à ce niveau le tissu est dense, élastique et strié de lignes noires, certains points sont déchiquetés, ramollis.

Cette infiltration remonte jusqu'au sommet ; celui-ci est emphysémateux et parsemé de dilatations bronchiques évidentes même macroscopiquement.

Une autre gomme a pu être constatée sur le diaphragme du côté droit.

Les autres organes n'offraient rien d'intéressant à vous signaler.

Au microscope on peut se rendre compte par les coupes que je mets sous vos yeux des différentes lésions présentées

par le poumon et le rein; lésions que l'on peut résumer ainsi: infiltration énorme de cellules embryonnaires au niveau des formations gommeuses avec dégénérescence de la masse ainsi formée par oblitération vasculaire, pneumonie exsudative épithéliale sans fibrine, mais avec des signes d'hyperplasie manifeste, dilatations bronchiques avec sclérose des parois et ulcérations purulentes des conduits aéro-phores, sclérose interstitielle et emphysème du sommet pulmonaire.

Sur aucune de nos préparations nous n'avons retrouvé de néoformations *alvéolaires*, *rudimentaires* qui soient indiscutables. On sait que M. le professeur Tripier insiste sur leur présence dans la plupart des altérations syphilitiques du poumon et qu'il en fait même la caractéristique de ces altérations. Dans notre cas elles ne sont pas nettes; on voit bien quelques figures qui leur ressemblent, mais elles ne sont pas assez complètes pour qu'on puisse affirmer leur présence.

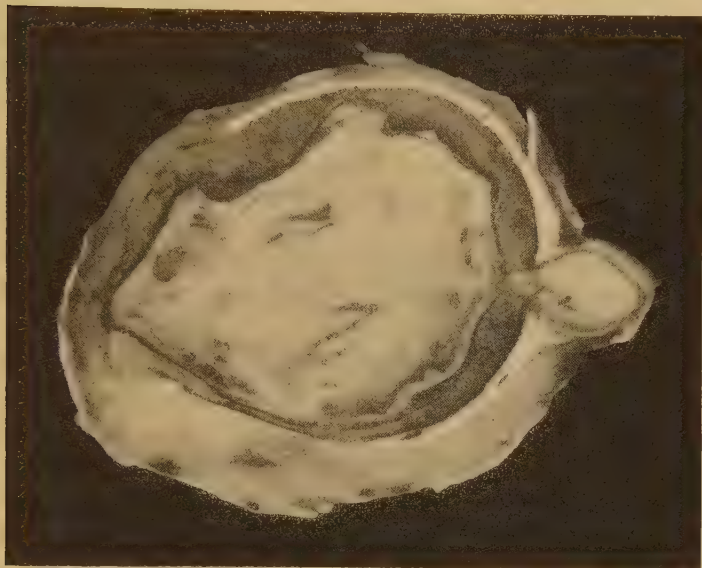
En tous cas, dans tous les fragments que nous avons examinés nous n'avons rencontré aucune formation tuberculeuse. Enfin j'ai pratiqué sur deux fragments de ces gommages du poumon et du rein l'examen spécial pour la recherche du *treponema pallidum* par l'imprégnation à l'argent. Cette recherche a été négative; on peut voir sur les coupes que je vous présente de grandes bactéries de la putréfaction et, dans le rein quelques éléments spiralés, bien fixés en noir par l'argent et qui peuvent être interprétés soit comme étant des spirochètes réfringents, soit plutôt comme des fibrilles nerveuses. »

EXAMEN ANATOMO-PATHOLOGIQUE. — Fait par M. le Dr Au-rand, chef du laboratoire de la clinique ophtalmologique.

Section dans le méridien vertical passant par le centre de la cornée. La forme de l'œil est complètement modifiée. La coque oculaire ressemble vaguement à une feuille lancéolée dont le pétiole serait le nerf optique. La cornée n'est

plus dans le plan vertical : elle semble s'être élevée et regarde en haut. Elle est rapetissée.

Au-dessous de la cornée la coque oculaire prend une épaisseur extraordinaire augmentée qu'elle est par une saillie bien visible avant l'énucléation, de forme ovale.



Infiltration gommeuse de l'œil (Grossissement 2 1/2).

de un centimètre de hauteur sur un centimètre et demi de largeur. A ce niveau cette sorte de tumeur est formée par l'épaississement de la sclérotique qui atteint six millimètres d'épaisseur. Cet épaississement se continue en arrière en s'amincissant un peu jusqu'au nerf optique où l'épaisseur est seulement de trois millimètres.

A la coupe le tissu sclérotical est blanc homogène et lardacé, mais on peut nettement le distinguer de la sclérotique elle-même qui est un peu jaunâtre. Il semble donc que c'est un tissu surajouté à la sclérotique. La partie supérieure du globe a sa coque d'épaisseur normale. Vers le corps ciliaire

en haut se trouve une ectasie ou un staphylome de la sclérotique à sommet assez aigu correspondant à la tumeur déjà signalée. Ce staphylome a ses contours bien visibles par le liseré noirâtre de la choroïde. Il semble siéger au niveau même du corps ciliaire.

La choroïde est épaissie un peu en arrière de ce staphylome en un tissu couleur chamois. On retrouve un épaississement semblable de deux millimètres environ en arrière du globe entourant la papille et décollant la choroïde et la rétine. Cette membrane suit naturellement la choroïde; elle se trouve décollée dans tout son pôle postérieur. En dedans d'elle se trouve un vitré qui est transformé par l'alcool en un tissu vacuolaire.

Au niveau du corps ciliaire inférieur épaississement considérable formé par le tissu couleur chamois vu précédemment (3 millimètres environ).

La chambre antérieure est remplie par un tissu de même couleur dans sa partie inférieure: la partie supérieure seule persiste remplie par un exsudat. En arrière de l'iris le cristallin est toujours vertical mais s'est un peu déplacé au niveau du staphylome.

EXAMEN HISTOLOGIQUE. — Dû à l'obligeance de M. le professeur agrégé Paviot, chef des travaux d'anatomie pathologique à la Faculté.

Sur les coupes microscopiques pratiquées après inclusion à la celluloidine colorées à l'hématéine éosine, on fait les constatations suivantes :

A. — A un faible grossissement (objectif de Verick, oculaire 1), on constate que la rétine est décollée. Ce décollement a été considérablement exagéré par la pénétration de la celluloidine. Il faut noter que les coupes passent en dehors de la pénétration du nerf optique. Mais autrement, la rétine elle-même ne présente pas d'altérations appréciables ou, du moins, elle n'est sûrement pas envahie par le tissu néoformé. Celui-ci apparaît sur la choroïde, dès le

pôle postérieur de l'œil. Au fur et à mesure que l'on avance du pôle postérieur vers le pôle antérieur, l'épaississement de la choroïde, sous l'influence de cette infiltration, va croissant. A la partie inférieure, avant d'arriver aux procès ciliaires, il apparaît en pleine choroïde une sorte de renflement lenticulaire, ou en massue, qui acquiert son maximum d'épaisseur au niveau même des procès ciliaires. Ceux-ci sont encore reconnaissables, parce que l'épithélium pigmenté reste englobé sous forme de festons plus nombreux à la partie interne et antérieure dudit renflement. A la partie supérieure, l'infiltration et l'épaississement de la choroïde sont moindres et plus uniformes. Il s'atténue insensiblement quand on approche du procès ciliaire.

Si l'on considère à ce même grossissement la sclérotique, on constate qu'elle est à peu près respectée au niveau du pôle postérieur, bien que chaque vaisseau qui borde cette membrane à ce niveau soit le centre d'une nappe d'infiltration de petites cellules. Si on la suit en se dirigeant en avant, d'abord à la face inférieure du globe oculaire, on la voit s'amincir progressivement au fur et à mesure que l'on s'approche de la gomme lenticulaire du procès ciliaire et, à ce niveau, elle arrive à faire une ligne mince rose entre la gomme du procès ciliaire et l'infiltration qui règne en dehors d'elle et sur laquelle nous reviendrons. Cette même sclérotique, suivie sur la partie supérieure du globe oculaire, garde, au contraire, sa constitution, son épaisseur, jusqu'au moment où elle a dépassé le procès ciliaire qui contourne l'œil (car nos coupes ont porté au-dessous de la cornée et du cristallin). Si nous considérons maintenant les tissus en dehors de la sclérotique, vers le pôle postérieur, outre les dilatations vasculaires, outre les infiltrations périvasculaires, il n'y a pas grand' chose à noter, mais quand on arrive vers le pôle antérieur, au delà du niveau des procès ciliaires, on voit apparaître en dehors de la sclérotique une infiltration de petites cellules qui épaissit les tissus et constitue une couche de près d'un demi-centimètre d'épaisseur.

B. — A un grossissement plus fort (objectif 6 et oculaire 3, de Reichert), on voit aisément qu'il n'y a plus une membrane de l'œil qui soit intacte ; l'infiltration inflammatoire a, certes, les sièges prédominants décrits au plus faible grossissement. Mais une pluie de cellules rondes, ovales ou fusiformes, règne partout jusqu'au milieu de faisceaux musculaires striés, restés adhérents au globe oculaire. La choroïde, même dans la partie la plus mince et la plus épaissie, présente elle-même, au moins autour de tous ses vaisseaux, une nappe de petites cellules rondes. Plus en avant, tant dans la gomme du corps ciliaire à la partie inférieure, tant dans l'épaississement de la choroïde à la partie supérieure, la néoplasie inflammatoire a tout envahi, disséminant les cellules pigmentées de la choroïde d'une façon diffuse dans son épaisseur. A ce grossissement, toujours au niveau de la gomme du corps ciliaire à la partie inférieure, la sclérotique fait une lame rose, mince, de plus en plus linéaire, parce qu'en dehors d'elle apparaît une infiltration considérable, de près d'1 centimètre parcourue de vaisseaux, dont quelques-uns sont oblitérés, beaucoup au contraire dilatés.

La gomme du corps ciliaire, la nappe infiltrant la choroïde partout ailleurs, la grosse infiltration extrascléroticale de la partie antéro-inférieure du globe oculaire montrent, les unes et les autres, de petites cellules rondes, qui ne sont interrompues que par quelques coulées hyalines roses et par des vaisseaux, mais nulle part on ne voit du tissu véritablement gommeux. En somme, point de parties nécrobiosées donnant les masses enkystées plus ou moins granuleuses de la *gomme*. C'est donc une infiltration tout à fait récente, en pleine activité, n'ayant pas encore oblitéré de vaisseaux assez importants pour réaliser des blocs de nécrose véritablement gommeux.

ÉTIOLOGIE

« A toutes les époques de l'existence, nous dit Mauriac, même pendant la vie intra-utérine l'œil peut devenir le siège de déterminations syphilitiques. Aucun organe des sens n'est atteint plus fréquemment que lui. » Et pourtant les affections gommeuses du globe oculaire sont rares : sur les 42.600 malades venus à la Clinique ophtalmologique de Bordeaux depuis sa fondation, nous dit Talbot, dans sa thèse, 6 seulement étaient atteints de gommes oculaires, de gommes de l'iris. Sur les 9.108 malades que le professeur Dor vit à Berne, aucun ne présentait de lésions gommeuses de l'œil ; sur les 43.146 malades qu'il a suivis à sa clinique il n'a rencontré que 4 fois des gommes de l'iris et du corps ciliaire. Sur les 8.570 malades qui vinrent à la consultation de M. le professeur Rollet on note une proportion beaucoup plus forte : dans 11 cas, on trouve des néoproductions syphilitiques indubitables.

Mais les gommes sont monnaie courante à côté de l'infiltration gommeuse que nous voulons essayer de décrire au point de vue clinique ; nous n'en avons trouvé que 7 cas.

Les hommes sont plus fréquemment atteints que les femmes.

Dans tous les cas, ce furent des adultes qui furent touchés ; le plus jeune avait vingt-deux ans, le plus âgé quarante-cinq et pourtant « la vérole, a-t-on dit, n'aime pas les vieux et se plaît, comme les jolies femmes, à leur jouer de mauvais tours ». Mais il s'agissait là de syphilis précoces compliquées, de syphilis graves et fortes, de syphilis galopantes.

Incriminerons-nous la graine ou le terrain ? Sans doute, il s'agissait dans notre cas de syphilis sibérienne. On a insisté sur la gravité des syphilis asiatiques comme on a beaucoup parlé de la malignité des véroles kabyles. Sans doute, dans le cas de Delafield, le malade était un nègre, c'est-à-dire un sujet comparable aux malades de la Renaissance. Mais « la très grande majorité des syphiligraphes contemporains ne s'occupent plus de savoir si la syphilis a été contractée « à une *source vierge de tout traitement* » ou « à une *source traitée*, longtemps traitée par le mercure, mais s'accordent à rapporter la gravité de la syphilis à des conditions toutes personnelles ».

Dans la grande majorité des cas que nous rapportons nous trouvons que nos malades ont eu, précédant leur infiltration gommeuse une iritis spécifique. Celle-ci a guéri, laissant comme traces de son passage un iris adhérent, tomenteux, dégénéré qui n'a pas pu servir de barrière solide pour s'opposer à la marche toujours envahissante d'avant en arrière de l'infection syphilitique. Celle-ci a pu gagner rapidement les procès ciliaires sans être arrêtée par la membrane irienne extraor-

dinairement vasculaire et, en pleine virulence elle a atteint la coupole postérieure du globe entraînant la perte irréparable de l'œil.

Et cette iritis est précoce: elle survint cinq mois après le chancre dans le cas de von Hippel, deux mois après dans celui de Delafield, quelques mois après dans celui de Lawson, cinq mois après dans notre propre cas. Et c'est en général un an après le début de l'infection que l'énucléation s'impose.

Enfin, on pourrait faire entrer en ligne de compte le traitement insuffisant comme cause prédisposante: on n'a qu'à se reporter à notre observation, l'objection tombe d'elle-même.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

Elle ne nous arrêtera pas longtemps, le lecteur voudra bien se reporter aux observations I, II, IV, V et VII où les lésions sont exposées en détail.

Macroscopiquement on constate les faits suivants : L'hémiglobe est gros, déformé. Il affecte les formes les plus diverses : le segment antérieur est surtout atteint. Les différentes parties du globe sont méconnaissables. La cornée est rejetée soit en haut soit en bas et augmentée de volume, plissée, disparaissant souvent sous un énorme bourrelet chémotique. La chambre antérieure très réduite est remplie par des exsudats. L'iris, dégénéré, presque plaqué contre la cornée est difficilement reconnaissable macroscopiquement. La sclérotique, considérablement épaissie est doublée d'un tissu néoformé, blanc semblant se confondre avec elle. La capsule de Tenon, véritable plèvre, présente une symphyse complète et adhère à la sclérotique. La choroïde, couleur chamois est épaissie, semée de nodosités qui vont en diminuant de nombre et de volume de l'ora serrata à la papille, la rétine est décollée et séparée de la choroïde par un exsudat en général puriforme. Le vitré est rétracté et présente les lésions ha-

bituelles de la choroïdite. Le cristallin existe quelquefois ; dans quelques cas on ne retrouve que sa capsule, il peut avoir totalement disparu. Le nerf optique est augmenté de volume. Les muscles oculaires eux-mêmes sont décolorés, épaissis et friables.

Microscopiquement on voit qu'aucune membrane de l'œil n'est intacte. Les éléments normaux, les éléments nobles ont presque complètement disparu. On trouve de partout une pluie de cellules rondes, ovales ou fusiformes, presque remplies par un noyau rond : ce sont en grande partie des lymphocytes : le reste est formé de gros mononucléaires et de leucocytes polynucléaires. Le contenu des cellules consiste en de fines granulations. La néoplasie a tout envahi, mais nulle part, dans les cas récents, on ne voit d'oblitérations vasculaires de parties véritablement gommeuses. Plus tard les cellules subissent la dégénérescence graisseuse : il y a en outre beaucoup de corpuscules graisseux. Les noyaux se colorent mal, les vaisseaux s'oblitérent, la nécrose suit, la gomme est constituée. On ne rencontre que rarement des cellules géantes mais jamais de cellules épithélioïdes ou embryonnaires.

SYMPTOMATOLOGIE

Au début, on a affaire à une iritis simple : on constate une injection conjonctivale intense, un cercle périkératique net, une humeur aqueuse trouble ; l'iris est décoloré, paresseux, peu dilatable par l'atropine : on peut voir à l'ophtalmoscope des corps flottants dans le vitré. Rapidement la vue baisse considérablement, l'acuité visuelle tombe à zéro. Le malade souffre énormément. Les paupières sont légèrement œdématisées : si on les écarte, on voit une conjonctive très vascularisée, une chémosis intense, la conjonctive très œdématisée recouvre en partie la cornée. La cornée présente toutes les lésions de la kératite interstitielle. La chambre antérieure est remplie d'un liquide louche. L'iris est décoloré, semé de petites hémorragies, il a une teinte jaune très marquée, il est irrégulier, ne se dilate pas. Le globe est douloureux à la pression, malgré une tension peu élevée ; le fond d'œil est inéclairable.

Puis la tension augmente : l'œil devient de plus en plus douloureux, douleurs spontanées et à la pression, qui empêchent le malade de prendre du repos. A ce moment se produisent des hémorragies dans la chambre antérieure ; dans notre cas, nous avons eu du sang

plaqué contre la membrane de Descemet ; ces hémorragies indiquent, selon Alexander, que le corps ciliaire participe à l'inflammation. Le chémosis augmente de plus en plus, la cornée est tout à fait trouble ; l'iris dégénéré s'adosse à la cornée. Le sang qui recouvre la membrane de Descemet disparaît, puis reparaît.

Enfin, à une troisième période, on voit une saillie staphylomateuse se produire du jour au lendemain et déformer le globe oculaire ; le segment antérieur bascule dans le sens opposé à la néoproduction. L'œil, immobile, amaurotique, considérablement augmenté de volume, tend à sortir de l'orbite, et fait hernie entre les paupières qui ne peuvent plus se refermer sur lui. Les douleurs deviennent horribles, quel que soit le traitement employé.

En même temps, l'état général des malades s'altère considérablement ; ils perdent leurs forces, s'anémient, ne dorment plus et arrivent peu à peu comme dans notre cas et dans celui de Brixia, à la cachexie syphilitique.

On constate souvent, sur les téguments de ces malades, des accidents spécifiques secundo-tertiaires, plus rarement des gommes du tibia ou des gommes de l'orbite.

DIAGNOSTIC

A la première période, lors de la première attaque d'iritis, le diagnostic étiologique de cette iritis est seul à faire ; le malade vient d'avoir eu son accident primitif, il est en pleine roséole, a des céphalées vives, des plaques muqueuses ; le diagnostic d'iritis syphilitique s'impose.

Mais quand le malade a de nouveau une attaque d'iritis, son œil a encore sa tension presque normale, il se plaint de vives douleurs spontanées et d'amaurose. On constate un léger œdème palpébral, une injection conjonctivale intense, un cercle périkératique noyé dans le chémosis ; la cornée est atteinte de descémétite, la chambre antérieure pleine d'un liquide louche, l'iris terne ; de nombreuses synéchies apparaissent, l'iris est immobile, ne se dilate presque plus par l'atropine, le globe est douloureux à la pression. Le diagnostic d'irido-cyclite est porté. Nous avons affaire à un processus véritablement inflammatoire. Le diagnostic doit être fait avec l'iritis simple, mais celle-ci ne s'accompagne ni d'œdème des paupières, ni de douleur à la pression du globe ; avec le glaucome suraigu, mais point d'hypertension dans notre cas ;

avec l'irido-cyclite consécutive à une perforation du globe, mais il n'y a pas eu de traumatisme oculaire ; avec une irido-cyclite annonçant une ophtalmie sympathique, mais aucun des yeux ne reçut de blessure.

L'hypertension existe, le diagnostic doit être fait avec le glaucome, mais seulement avec le glaucome secondaire.

L'hypertension augmentant, on en arrive à poser le diagnostic de tumeur intraoculaire à marche suraiguë ; serait-ce par exemple un sarcome du corps ciliaire, il atteint, comme l'infiltration gommeuse, la plus grande partie de l'œil, contrairement à ce que dit Evetzky, mais dans ce cas, le segment antérieur serait peu touché. La marche serait moins rapide. L'iritis et la kératite sont moins marquées dans les cas de gomme du corps ciliaire ; elles ne sont que consécutives, du reste, à la période d'hypertension. Serait-ce de la tuberculose oculaire ? Mais les antécédents spécifiques sont là, on ne trouve point de trace de tuberculose. La tuberculose oculaire est ordinairement secondaire ; elle apparaît chez les jeunes. Dans nos cas, nous n'avons rien qui puisse ressembler à une tuberculose disséminée de l'iris. Enfin, le globe se serait perforé de bonne heure si nous avions été en présence d'un tubercule solitaire d'une partie quelconque de l'œil.

Quand le staphylome apparaît, les anamnétiques les lésions du segment antérieur, excessivement avancées, font poser le diagnostic de syphilome total de l'œil.

Enfin, quand l'œil est énorme, projeté en avant, sortant, entouré d'un bourrelet chémotique, des paupière-

res œdématisées, le diagnostic doit être fait avec le phlegmon de l'orbite et la ténonite, mais dans ces deux cas, le globe est sain, le segment antérieur non touché, l'œil amaurotique,

PRONOSTIC

Il est évidemment très grave car si on fait exception du cas de Barkan l'enucléation fut la terminaison ordinaire et fatale de l'infiltration gommeuse; la cécité survint deux fois sur sept. Mais ce pronostic actuel doit-il être aussi sombre dans l'avenir ? nous ne le croyons pas : le diagnostic d'*iritis incipiens* se fait de plus en plus non pas parce que les cas augmentent mais parce qu'on les connaît mieux. A la clinique du professeur Rollet où on recherche avec soin ces manifestations oculaires, nous avons vu de nombreux cas très bien guéris. Le diagnostic fait, le traitement suit. Traitées dès le début, ces iritis guérissent très bien : l'infiltration gommeuse secondaire est donc peu à craindre. Le pronostic doit dépendre du moment où fut institué le traitement spécifique qui doit être intense, car ce n'est plus au moment de la seconde attaque qu'on peut espérer un résultat satisfaisant. L'œil serait-il conservé ? Réduit à un moignon phtisique il n'aurait plus aucune utilité pour le malade. Le pronostic de notre affection est donc extrêmement grave, mais il ne dépend que d'un diagnostic juste et précoce de le rendre bénin. Notre malade ne fut traité au début que

par des injections sous-conjonctivales, méthode insuffisamment efficace. Si ce malade avait, dès les premiers jours, fait des frictions, pris de l'iodure, il ne serait pas venu nous demander des soins à un moment où le traitement ne pouvait plus guère agir.

Le pronostic vital lui-même est grave puisque dans deux cas la mort fut due à des lésions syphilitiques pulmonaires graves. Et nous serions tentés de comparer cette infiltration gommeuse qui apparaît comme premier symptôme d'une affection générale grave, souvent mortelle, à un rétinite brightique par exemple, qui annonce, alors que l'organisme présente parfois des signes de forte résistance, un pronostic fatal à brève échéance. L'œil se trouve donc encore dans ce cas jouer un rôle indicateur de premier ordre au point de vue d'un pronostic somatique d'une affection générale.

TRAITEMENT

Et ce traitement, que sera-t-il ? Ce sera un traitement intensif mixte.

Le mercure, au début, nous le donnerons sous forme de frictions comme on a l'habitude de le faire à la Clinique depuis des années, car, comme le disait Fournier en 1872 : « Le traitement par les frictions est la meilleure, la véritable, la seule ressource et il faut le faire à haute dose, de 4 à 10 grammes d'onguent mercuriel par jour et même au delà, jusqu'à influencer la bouche, ce qui ne veut pas dire jusqu'à la salivation. La bouche affectée, il faut continuer à la même dose tout en modérant l'irritation buccale. C'est grâce aux frictions seules qu'on parvient à se rendre maître des affections syphilitiques secondaires de la choroïde, du nerf optique et de la rétine. » Tous les cas de gommes oculaires de moyenne intensité traités à la clinique se sont trouvés bien de ce traitement. Mais dans les cas graves semblables aux nôtres, les injections intramusculaires sont indiquées et nous donnerons le biiodure en solution aqueuse ou huileuse à la dose de 4, 5 et 6 centigrammes. Enfin, si le traitement semble rester inefficace, il faudra sans retard avoir recours aux injections intra-

veineuses de sels de mercure que Bacelli fit le premier ; nous emploierons non point le subliné comme lui, mais le cyanure de mercure en solution aqueuse au centième que préconise M. Darier, et que M. le professeur de Lapersonne emploie dans tous les cas de syphilis grave demandant un traitement intensif et rapide.

L'iodure nous le donnerons à très haute dose. Et nous nous élèverons contre les idées que M. Chibret développait en 1894 au congrès d'Edimbourg. L'iodure a une valeur spécifique incontestable ; nous avons eu fréquemment l'occasion d'administrer l'iodure et l'iodure seul pour faire résorber des gommes oculaires. Le résultat fut toujours excellent ; nous n'en voudrions comme preuve que l'observation suivante :

D. P..., 42 ans, vient à la clinique le 31 octobre 1907. Son médecin l'envoie pour qu'on lui énuclée l'œil droit. Ce malade a déjà été soigné en août à la clinique pour une iritis spécifique. Frictions, iodure, atropine : bonne guérison. Les phénomènes recommencent le 15 octobre 1907. Son médecin lui ordonne des frictions plantaires avec gros comme une noisette d'onguent napolitain. Le malade est un éthylique, ne prend aucun soin de propreté buccale malgré les conseils donnés ; il a le 31 octobre une stomatite mercurielle intense. Examiné, on constate que cet homme est atteint d'un pseudo-hypopyon typique, si bien décrit par M. le professeur Rollet dans la thèse de Tureau (1905). Ce pseudo-hypopyon remplit les trois quarts de la chambre antérieure. On ne peut mettre ce malade qu'à l'iodure. Le professeur Rollet donna le

premier jour 6 grammes, le second 8, et depuis le 2 novembre, 10 grammes d'iodure de potassium par jour. Le 15 novembre le malade sort complètement guéri. On avait affaire à une gomme de l'iris ouverte dans la chambre antérieure.

Il faudra associer l'iodure au mercure, les deux médicaments étant employés à doses massives. Réussira-t-on ? Si on voit ces malades au début, peut-être : Barkan a bien eu une guérison. Mais dans nos autres cas la syphilis fut tellement maligne que le traitement resta inefficace. Ce traitement intensif doit être institué quand même dans tous les cas malgré les succès de la méthode homéopathique que Silex de Berlin appliquait et que Panas vantait dans ses cliniques.

Localement tout à fait au début, on fera des injections sous-conjonctivales de cyanure ; on instillera de l'atropine mais en examinant à chaque instant la tension oculaire : dès que le plus léger degré d'hypertension sera apparu il faudra supprimer immédiatement ce mydriatique. Puis des instillations d'ésérine, de pilocarpine, la paracentèse de la chambre antérieure, l'iridectomie large, antiglaucomateuse seront faites pour atténuer les souffrances dues à l'hypertonie. Mais ce ne sont que moyens palliatifs ayant uniquement pour but d'atténuer les phénomènes douloureux.

Le traitement sera donc médical au début tant que la coupole antérieure de l'œil sera seule atteinte ; dès que la partie postérieure du globe sera touchée par la néoplasie envahissante le traitement chirurgical devient nécessaire et, de fait, l'énucléation s'est imposée dans cinq cas sur sept.

OBSERVATION II

Un cas de néoplasme gommeux dans toutes les tuniques de l'œil, publiée par le Dr von Hippel de Kœnisberg (*Archiv. für Ophthalmologie*, 1867). (Résumée).

Antoine P..., quarante-cinq ans, remarqua en avril 1865 une ulcération au prépuce. Pendant six semaines, il prit des pilules de sublimé. Peu de temps après, il eut une éruption papuleuse au scrotum et au pénis (lotions de nitrate d'argent). Huit jours après, apparurent deux tumeurs dures à l'orbite gauche, suivies de suppuration. Des tumeurs analogues se montrèrent à la poitrine. A la fin de juillet tout se guérit, mais il survint des douleurs ostéocopes.

Au mois de septembre, le malade remarqua un jour une rougeur de l'œil droit, où des douleurs se firent bientôt sentir. Jusque-là, la vue était encore intacte; à la fin d'octobre, celle-ci commença à s'affaiblir et le malade croyait avoir devant les yeux d'épais nuages. A la fin de novembre, la vue de l'œil gauche s'en alla sans qu'aucune apparence d'inflammation n'ait précédé cette disparition.

Le 5 décembre, le malade entreprit un voyage et il se traita par la méthode homéopathique. Au moyen de ces soins, l'œil droit s'améliora beaucoup et l'œil gauche se rétablit presque complètement, lorsque, ayant été atteint par un refroidissement au mois de mars, le malade ressentit des douleurs dans la tête et dans les deux yeux. La vision de l'œil droit disparut si rapidement qu'au commencement de mai il ne pouvait distinguer un point lumineux. L'œil gauche s'affaiblit aussi : cependant, le malade vit encore assez pour venir lui-même se faire recevoir à la clinique, le 20 mai.

Etat actuel. — L'œil gauche est simplement atteint d'une iritis spécifique.

Œil droit. — Ptosis de la paupière supérieure, un peu gonflée. La conjonctive palpébrale était normale ; la con-

jonctive bulbaire était dans toute l'étendue de la fente palpébrale et jusque dans la région équatoriale du globe d'une couleur rouge bleuâtre. A peu près à 1 millimètre de la cornée apparaissaient sur la sclérotique deux petites saillies en forme de boules. La surface de la cornée était lisse ; cercle périkeratique qui empiète sur la cornée dans une grande étendue. La chambre antérieure est petite. L'iris, aussi bien qu'on peut en juger à travers une cornée si riche en vaisseaux, diffère de celui de l'œil gauche par sa couleur et sa structure. Dans le champ de la pupille, on aperçoit manifestement une masse jaune. La consistance du globe de l'œil est un peu amoindrie et toute vision a à peu près disparu.

Comme après tout examen on vit qu'il n'était pas possible de conserver la vue au malade et que celui-ci était tourmenté par des douleurs intolérables, M. le professeur Jacobson se proposa de faire l'énucléation de l'œil droit, ce qu'il fit le 24 mai, par la méthode d'Arlt.

Lorsque le globe de l'œil fut séparé par la section du nerf optique, les deux petites saillies de la sclérotique crevèrent et laissèrent échapper un liquide jaunâtre assez épais semblable à du pus et immédiatement après la masse jaune qu'on apercevait dans le champ pupillaire disparut.

EXAMEN ANATOMO-PATHOLOGIQUE. — L'injection de la cornée et de la conjonctive a presque totalement disparu. A la place des saillies, en forme de boules, qu'on voyait sur la sclérotique, on remarque deux fines ouvertures dont les bords sont irrégulièrement découpés. Le globe de l'œil fut divisé par une coupe horizontale en deux moitiés et l'observation microscopique fournit les détails suivants pour la cornée, l'iris et la choroïde.

Cornée en apparence normale.

Du côté des tempes l'iris a une couleur brune blanchâtre et est fortement hyperhémie, sa structure paraît d'abord n'avoir pas changé en cet endroit. La moitié tournée du côté

du nez est presque entièrement ensevelie sous une tumeur qui occupe surtout le quart inférieur et interne du globe de l'œil, en se continuant dans le quart supérieur et interne, remplissant une partie de la chambre antérieure et provenant de la partie correspondante du corps ciliaire. La face de l'iris tournée vers la chambre antérieure a une configuration rugueuse et inégale et son bord postérieur, limité par le pigment des procès ciliaires, ressemble à une légère bordure mince et semble légèrement dentelée. La couleur de la tumeur est blanche avec une très légère coloration rougeâtre, dues à de faibles ramifications de vaisseaux ; sa consistance est molle et la coupe donne une petite quantité d'humeur blanchâtre et laiteuse.

Toute autre est la partie de la tumeur qui est dans le voisinage des parties perforées de la sclérotique, elle n'est ni molle ni blanche, mais mucilagineuse et dépourvue de couleur. Immédiatement derrière le corps ciliaire, la tumeur se continue sur la choroïde et en occupe extérieurement le quart inféro-interne. La choroïde présente, dans cette partie, une condensation remarquable, une atrophie de son pigment qui manque complètement à la partie la plus fortement infiltrée et présente à la coupe des lignes extrêmement fines. La sclérotique est épaissie aux mêmes endroits et perforée à sa partie inférieure en deux points. La rétine est presque entièrement décollée et infiltrée dans le voisinage de la tumeur par le néoplasme. Entre la choroïde et la rétine il y a un liquide de couleur de sang. Le corps vitré trouble est de couleur jaune verdâtre avec quelques caillots sanguins à sa partie postérieure ; on y remarque une disposition rayonnante en arrière. Le cristallin ni la capsule n'existent.

Le professeur Neumann fit l'examen microscopique. Les parties infiltrées montrent des cellules rondes, presque remplies par un noyau rond ; le contenu de la cellule consiste en fines granulations. Beaucoup de ces cellules sont en voie de dégénérescence graisseuse ; il y a en outre beau-

coup de corpuscules graisseux. La substance intracellulaire est homogène. Les éléments normaux des organes ont presque entièrement disparu. En dehors des parties infiltrées, il y a une forte prolifération. Le corps vitré montre les altérations ordinaires de la choroïdite.

OBSERVATION III

Panophtalmie syphilitique, par le D^r Lawson
(*Ophthalmic hospital reports*, 1869).

Le 7 juillet 1868, M. Lawson enlève l'œil droit d'un malade âgé de trente-cinq ans, qui, ayant contracté la syphilis il y a un an, avait été atteint d'iritis syphilitique pour laquelle il avait été traité à Dublin par sir W. Wilde, par l'iodure de potassium et le mercure. Depuis ce temps, il se considérait comme guéri, mais en janvier, il trouve que son œil droit était atteint à nouveau et comme il se trouvait à Londres, il s'adressa à M. Bowmann qui l'envoya à l'hôpital.

Lorsqu'il se présenta, il avait un épanchement considérable de lymphé plastique, dans la chambre antérieure et derrière l'iris ; la perception de la lumière existait seule, l'organe était le siège d'une douleur constante et, depuis quelques jours, il avait beaucoup augmenté de volume. Une semaine plus tard, lorsque le malade revint pour la seconde fois, il éprouvait une douleur aiguë, il y avait un chémosis extrême et toute la cornée était opaque et ramollie. L'œil avait tellement augmenté de volume qu'il faisait saillie entre les paupières.

On éprouva quelque difficulté dans l'excision, parce que tous les tissus de l'orbite étaient confondus ensemble et que le contenu de l'œil s'échappa ; ce contenu avait la forme d'une masse de lymphé jaune, gélatineuse et solide, dans le centre de laquelle existait quelque substance plus molle ayant toutes les apparences du pus mal formé. La rétine et la choroïde étaient épaissies et séparées l'une de l'autre par

un liquide puriforme épais ; autour des procès ciliaires, il y avait les traces d'une hémorragie récente.

OBSERVATION IV

Inflammation syphilitique de l'œil par Delafield (*Transactions de la Société d'ophtalmologie américaine*; thèse Nitot, 1880).

N..., âgé de vingt-deux ans, avait été traité en février 1866 pour la syphilis. Au mois d'avril de la même année, son œil gauche s'enflamma, devint rouge et la vision de ce côté devint de plus en plus faible. Au mois de juin le malade commença à ressentir dans cet œil de grandes douleurs augmentant la nuit qui persistèrent jusqu'à l'énucléation de l'œil. En octobre, l'œil faisait une telle saillie que le malade ne pouvait plus le fermer. La conjonctive était très épaisse et la cornée à peine distincte. L'œil présentait une apparence semblable à celle qui résulterait d'une tumeur intra-oculaire qui aurait repoussé en avant la cornée.

20 octobre 1866. — L'œil fut énucléé par le D^r Noyes.

A la jonction de la cornée et de la sclérotique se trouvait un staphylome annulaire autour de la circonférence de la cornée. La sclérotique conservait sa forme propre jusqu'au bord du staphylome.

Le staphylome était rempli par un produit nouveau en partie blanc et en partie noir qui envahissait en arrière la cavité du bord de l'œil. L'iris avait disparu dans la néoplasie et le cristallin n'était pas visible. La choroïde épaissie en avant et le corps ciliaire était très épais. Il était composé de fibres, de cellules rondes, ovales et fusiformes et de cellules pigmentaires. La partie antérieure se continuait avec la néoplasie qui remplissait la chambre antérieure. Cette néoplasie près de ses attaches au corps ciliaire était ferme et composée de fibres avec des cellules rondes et fusiformes.

Près du centre elle était plus molle, les cellules étaient

plus nombreuses et plusieurs d'entre elles étaient affaissées.

La cornée était infiltrée d'un grand nombre de cellules lymphoïdes. La lame élastique antérieure était intacte et l'épithélium antérieur n'était que très peu modifié.

La lame élastique postérieure avait disparu et la partie postérieure de la cornée était dentelée et irrégulière composée entièrement de cellules.

Bien que la néoplasie de la chambre antérieure fût appliquée contre la face postérieure de la cornée elle ne se continuait pas avec celle-ci.

Toute la partie de la sclérotique qui formait la paroi du staphylome était infiltrée de cellules.

OBSERVATION V

Sur les gommès du corps ciliaire et les affections syphilitiques du fond de l'œil (Brixa, *Archiv für Ophthalmologie*, 1899, page 123 (Traduite et résumée).

K... M..., quarante-huit ans. Chlorose dans sa jeunesse, bonne santé habituelle. En septembre 1896 iritis méconnue quant à sa nature, le traitement est institué seulement en octobre. En fin décembre la vue de l'œil gauche est perdue mais après traitement guérison presque complète. En janvier 1897 la malade remarque qu'à son œil droit se développe vers la profondeur partant de la cornée une tache rougeâtre qui grossit de plus en plus. Au milieu de février tout l'œil droit rougit : inflammation de la cornée, de la conjonctive, O. D. V. = o. En même temps perte de la vue à nouveau de l'œil gauche.

Elle revient à la clinique le 17 mars 1897.

Œil droit. — Conjonctivite palpébrale. Le bord médial de la cornée est entouré d'une élévation de la sclérotique en forme de rein, la conjonctive qui la recouvre est rouge, non déplacée. Tuméfaction de 15 millimètres sur 8. Tumeur dure. A un demi-centimètre du bord supérieur de la cornée

large surélévation de consistance dure qui se déplace avec des mouvements imprimés à la conjonctive bulbaire. Descémétite. Chambre antérieure peu profonde dans sa partie médiane, normale dans le reste. Iris décoloré semé d'hémorragies. Synéchies postérieures. A l'éclairage latéral on voit, derrière l'iris repoussé en avant, une masse grise sur laquelle passent quelques tubérosités jaune rouge. Il s'agit d'une tumeur recouverte en partie d'un exsudat. A l'éclairage la tumeur paraît s'étendre jusqu'au voisinage du corps ciliaire et correspond d'après sa situation à la tumeur de la sclérotique. Corps vitré normal. Fond normal. T. = normal. A. V. = 6/60.

Oeil gauche. — Corps flottants du vitré. Fond d'œil trouble; on y trouve de nombreux foyers blancs, petits et gros très mal limités et séparés par des lignes rouges. L'œil est amaurotique. T. = normal.

Etat général. — Constitution moyenne. Deux enfants morts un et deux jours après la naissance. Une fausse couche. En juin 1889 un enfant sain qui vit encore. Pas de tuberculose. Gomme syphilitique des tibias.

Evolution. — 8 avril : La tuméfaction scléroticale a disparu. Depuis son entrée la malade se fait des frictions avec 4 grammes d'onguent napolitain. Iodure de potassium, 3 grammes. Descémétite. La tuméfaction intra-oculaire a considérablement augmenté. Fond d'œil inéclairable. Le professeur Dimmer excise une partie de la tumeur.

14 avril. — La malade compte les doigts à 50 centimètres. La malade a fait jusque-là vingt frictions.

19 avril. — Apparaît une gomme du frontal droit. La descémétite augmente, la tuméfaction augmente.

Les frictions sont reprises le 22. 3 grammes d'iodure de potassium.

28 av. — Les phénomènes inflammatoires ont disparu. La malade voit à 1 mètre les doigts. Mais l'œil gauche se prend. Injection intense. Kératite interstitielle. Iris décoloré. Corps flottants. Iris gris vert. Hyalite. Douleurs. Atropine.

1^{er} mai. — Nombreuses hémorragies iriennes. Synéchies nombreuses.

En même temps apparaissent une gomme du cornet inférieur et deux gommes de la peau des jambes. Disparition de la gomme frontale.

17 juillet. — La vue baisse à nouveau de l'œil droit, foyers circulaires et blancs dans la rétine. A ce moment apparaissent des gommes de l'orbite droit, du cubitus droit et du radius gauche.

24 juillet. — On voit que les deux foyers blancs sus- et sous-maculaires se sont réunis en un seul.

5 août. — Apparaît une gomme de la paupière, puis des gommes sur la peau du bras. Potion de Zittmann, 2 grammes d'iodure dans du lait.

22 août. — Apparaît une parésie de la corde vocale gauche. L'iodure de potassium est donné à la dose de 6 grammes. La malade ne peut bientôt plus causer : elle est apathique. Accès de toux. Pas d'expectoration. Légère matité dans la moitié droite et aux deux bases pulmonaires. Cœur faible, 6 grammes d'iodure.

25 août. — La malade apathique perd ses urines et ne s'alimente plus : elle meurt le 26 août.

EXAMEN MICROSCOPIQUE. — La partie excisée antérieurement montre une prolifération du tissu conjonctif autour de vaisseaux soit anciens, soit néoformés. Endartérite oblitérante.

Pluie de cellules rondes dans le tissu conjonctif en partie nécrosé par places.

Oeil droit : Les vaisseaux scléroticaux sont entourés de cellules. Nombreuses cellules rondes infiltrant les couches de la sclérotique. Rien à la cornée. L'iris montre une infiltration de cellules rondes disséminée et qui n'est pas localisée.

Les vaisseaux sont remplis de nombreux leucocytes. Le corps ciliaire montre les mêmes modifications que l'iris :

la tumeur primitive est remplacée par du tissu conjonctif jeune, néoformé, infiltré de cellules rondes. La choroïde montre une infiltration étendue, en forme de foyers. Exsudat fibrineux séparant la rétine de la choroïde. La couche granuleuse est œdématisée et présente des trouées. Infiltration un peu nécrosante et exsudats dans les diverses couches rétinienne. Les cellules ganglionnaires sont disparues en plusieurs points. La papille est semée de petits orifices, les fibres nerveuses sont serrées les unes contre les autres par de nombreuses cellules rondes. Foyer circonscrit dans la papille, près de la choroïde.

Le nerf optique est infiltré au point que les fibres nerveuses disparaissent sous les cellules rondes. Très forte infiltration cellulaire dans le tissu rétro-bulbaire.

Oeil gauche : Comme à droite, infiltration cellulaire, surtout marquée autour des vaisseaux.

Mêmes lésions qu'à l'œil droit pour la sclérotique et l'iris : l'infiltration cellulaire est seulement beaucoup plus marquée. Infiltration très marquée du corps ciliaire. La choroïde nous montre des quantités de nodosités les unes petites, les autres grosses, formées par des amas de cellules rondes. Les cellules rondes l'ont toute envahie. Elle est très augmentée de volume.

La rétine est remplacée depuis la papille jusqu'à l'ora serrata par une masse de fibrine et de cellules rondes, de grumeaux homogènes et de caillots sanguins. Dans la région équatoriale, la rétine acquiert subitement une largeur qui est le double de sa largeur normale, de même que plus loin, en arrière, elle est nécrosée et envahie par une infiltration très marquée. Œdème rétinien à l'ora serrata. La portion ciliaire et irienne de la rétine ne présente pas de modifications. Ceci s'applique à la partie nasale de la rétine. Mêmes phénomènes du côté temporal. Le corps vitré présente une infiltration très marquée : néoformation de tissu conjonctif avec vaisseaux et hémorragies.

Le nerf optique est infiltré de cellules rondes. De nom-

breuses fibres nerveuses ont disparu. Les nerfs ciliaires aussi sont atrophiés : la tunique adventive des vaisseaux ciliaires postérieurs est épaissie et infiltrée.

OBSERVATION VI

Sur une affection syphilitique étendue de l'œil avec participation de la conjonctive, par le Dr Abren Fialho de Rio-de-Janeiro (Archiv für ophthalmologie, 1901, p. 446).

K... O..., vingt-six ans, fut admise, en mars 1900, à l'hôpital israélite de Jassy, pour des manifestations secondaires de la syphilis. Le traitement fut immédiatement entrepris et, pendant les quinze premières frictions, la malade présenta une iridocyclite bilatérale. On fit encore dix frictions. Instillations d'atropine et de cocaïne. La patiente ressentait de violentes céphalées ; on lui fit six injections intra-musculaires de biiodure de mercure. Pendant ce temps, perte de la vue de l'œil gauche. L'état de l'œil droit s'améliore un peu, les douleurs de tête rétrocedent. On fit encore vingt-cinq frictions jusqu'à ce que des manifestations inflammatoires de l'œil droit eussent complètement disparu. Dans l'œil droit, il resta des synéchies ; diminution de l'acuité visuelle. On continue l'emploi de l'iode : atropine trois fois par jour. Le malade, ressentant de vives douleurs dans l'œil gauche, on lui conseille l'énucléation.

A son entrée à notre Clinique, le 20 octobre 1900, l'état est le suivant :

Œil droit : Iridocyclite spécifique.

Œil gauche : Atrophie du bulbe consécutive à une iridocyclo-kératite spécifique. Infiltration syphilitique de la conjonctive et de la sclérotique.

Etat actuel, œil droit : Parties externes et voies lacrymales normales. Conjonctive normale. Cornée claire et bril-

lante. Chambre antérieure normale. Stroma irien net : quelques plaques d'atrophie qui le font ressembler à du papier buvard. Bord pupillaire dentelé, synéchies postérieures. Pupille immobile. Exsudats obstruant le champ pupillaire. Globe un peu douloureux à la pression. Tension normale.

Oeil gauche. — Parties externes, voies lacrymales normales. Œdème palpébral intense. Injection conjonctivale intense. Chémosis recouvrant toute la partie cornéenne : on ne peut voir que la portion centrale de la cornée qui est gris jaune sale. Fond d'œil invisible. T = —. Globe douloureux à la pression.

Acuité visuelle. — *Oeil droit* : voit les doigts à 1 mètre.

Oeil gauche : amaurose.

Traitement. — Frictions, atropine.

L'œil gauche fut énucléé le 31 octobre 1900.

On pratique trois semaines plus tard une iridectomie de l'œil droit : beau résultat opératoire ; résultat fonctionnel moins bon, la malade ayant une hyalite. On fait des injections sous-conjonctivales de sel de cuisine : minime amélioration. A. V. = 6/60.

L'œil énucléé fut fixé dans le liquide de Müller + formol, inclus dans la celloïdine ; on en fit des coupes horizontales.

EXAMEN MICROSCOPIQUE. — L'œil présente des lésions avancées du segment antérieur et de tout le tractus uvéal. Elles s'étendent jusqu'à la papille du côté nasal ; du côté temporal, elles se limitent encore assez en avant.

Conjonctive. — Côté temporal : fortement enflammée et infiltrée, de plus œdème sous-conjonctival très intense. L'épiscière est également infiltrée et en un endroit cette infiltration revêt la forme d'une petite nodosité.

Côté nasal : Sur le côté nasal, par contre, ce n'est pas seulement la conjonctive mais encore l'épiscière et la sclérotique qui présentent une infiltration épaisse si uniforme qu'on ne peut plus reconnaître la limite de ces deux formations.

La mauvaise coloration des noyaux montre, dans une

zone circonscrite de la conjonctive infiltrée, un commencement de nécrose, alors qu'autour de cette place la coloration des noyaux redevient distincte et la limite de l'épithélium redevient nette. L'infiltration de la conjonctive est constituée en grande partie par des lymphocytes, pour le reste par de grands leucocytes mononucléaires et de nombreux leucocytes polynucléaires. Les couches profondes sont libres de l'infiltration. Dans le tissu infiltré, on ne trouve ni cellules épithélioïdes, ni cellules géantes.

Cornée. — Épaissie du double, vu sa rétraction. Pas de lésion de la membrane de Bowmann ou de celle de Desmet. Kératite interstitielle.

Iris. — L'iris du côté externe est fortement infiltré, appliqué contre la paroi cornéenne et en partie complètement confondu avec elle. La fente très étroite qui représente la chambre antérieure est remplie d'une sérosité pauvre en cellules. Le bord pupillaire irien se perd dans un tissu inflammatoire. La partie médiane de l'iris est remplacée par un tissu épais, principalement formé de leucocytes.

Corps ciliaire. — On peut encore reconnaître sa forme essentielle, mais il est enflammé et enveloppé dans des exsudats.

Le sac cristallinien est vide, revenu sur lui-même et maintes fois replié.

La choroïde du côté externe montre des traces d'inflammation se traduisant par la réplétion des vaisseaux et une infiltration de petites cellules. La choroïde de la région médiane présente des lésions avancées dans toute son étendue. Dans le voisinage même de la papille, l'infiltration inflammatoire de la choroïde est très épaisse; plus en avant, elle commence à s'épaissir assez rapidement en même temps qu'apparaissent des foyers d'inflammation isolés, plus circonscrits, qui se composent de nombreuses cellules lymphoïdes. Mais bientôt les nodosités deviennent plus volumineuses, se disposent en plusieurs couches, les unes sur les autres. On peut voir, appliquée sur la choroïde, une

courte étendue de la membrane vitrée et de l'épithélium pigmentaire de la rétine qui disparaissent bientôt. Ce tissu d'inflammation substitué à la choroïde a une épaisseur double de celle de la sclérotique. Plus en avant, on ne peut plus distinguer les nodosités les unes des autres ; un tissu plus homogène fait son apparition, il ne remplace pas seulement tout le segment antérieur de la choroïde mais encore le corps ciliaire et l'iris ; ces deux parties sont tellement enclavées que seule la présence de cellules pigmentaires les fait reconnaître.

Dans la choroïde épaissie on ne voit que très peu de vaisseaux sanguins. Pas de plaques de nécrose.

Tout le segment antérieur du globe est rempli d'un exsudat en partie très riche en cellules, en partie séro-fibrineux qui recouvre en couche épaisse la choroïde, le corps ciliaire et l'iris, repoussant en avant ces derniers. On constate également dans l'exsudat la présence de cellules géantes.

La rétine décollée est totalement dégénérée.

La papille et la partie avoisinante de la sclérotique présentent également une infiltration inflammatoire.

Toute la sclérotique du côté nasal présente une riche multiplication des noyaux qui se rassemblent par places en petites nodosités, surtout autour des vaisseaux.

OBSERVATION VII

Eruption gommeuse sur les os, la peau, la conjonctive, la rétine et le tractus uvéal. Guérison complète et rapide, par le Dr A. Barkan de San-Francisco. (Archives of ophthalmologie, mai-août 1902.)

Mme X. Y..., pas d'antécédents héréditaires. Père mort de grippe à l'âge de soixante-quatre ans. Mère soixante ans, bonne santé. A trois frères et quatre sœurs se portant bien exception faite pour une sœur qui a été malade après sa naissance. Malade de constitution faible qui s'est toujours

bien portée jusqu'il y a deux ans. A cette époque, ses forces diminuèrent, ce qui était dû, d'après elle, à un excès de travail à la machine et à des travaux de ménage. De 135 livres elle tomba à 110 en quelques mois. Ganglions sous-maxillaires et cervicaux hypertrophiés de grosseur variant suivant les moments. Léger mouvement fébrile l'après-midi. Pas d'éruption cutanée. Elle s'est mariée le 3 août 1898. Un mois après l'œil droit s'enflamme et voit trouble. Il n'était pas très douloureux. A ce moment, le médecin lui ordonne de l'arsenic. Deux semaines après apparurent deux petites papules sur chaque poignet, une autre à l'angle interne de l'œil droit. Cette dernière a eu une augmentation de volume très rapide; en pressant sur cette tumeur, de temps en temps il se produisait un écoulement purulent. Plus tard une même formation se montra sur une épaule et fut rapidement suivie par quatre ou cinq autres sur le dos, de trois sur la jambe gauche tout près du genou avec un exostose sur les deux tibias.

12 octobre 1898. — On trouve à l'examen : anémie, les papules précédemment décrites avaient l'aspect de taches rouges, livides avec une base indurée, couverte de croûtes jaunâtres à la périphérie. Sur les deux jambes, les gommès étaient aussi larges que *vola manus*, molles et pâteuses, non douloureuses à la pression.

Œil droit. — Injection périkeratique légère. Les deux tiers inférieurs de la cornée étaient flous, présentant l'aspect de la kératite interstitielle. Papille modérément, mais irrégulièrement dilatée. Iris décoloré sans structure nette. A sa moitié interne un nombre de petites tumeurs jaune rougeâtres. Opacité capsulaire. Légère opacité cristallinienne. Trouble du vitré. Fond d'œil inéclairable. V = 20/50 avec + 1,50.

Œil gauche — La conjonctive palpébrale est légèrement hyperémiée. A la partie inférieure du fornix on trouve une tumeur du volume d'une noisette étendue jusqu'à la limite inférieure de la cornée et la contournant en partie.

La conjonctive bulbaire est très rouge dans toute la partie inférieure du globe : la surface de la tumeur montre de petits points gris. La tumeur n'est pas mobile, mais la conjonctive qui la couvre est mobile. La pupille réagit à l'atropine. Pas d'iritis. Vitré flou. Fond d'œil indistinct. V = 20/70 avec + 1,50. De même que l'œil droit, remarquable absence de douleur.

Frictions avec vingt grains d'onguent bleu deux fois par jour. Vingt grains d'iodure de potassium deux fois par jour. Application d'emplâtres mercuriels sur les tumeurs et localement, instillation d'atropine. Amélioration étonnante au bout d'une semaine; elle a débuté par les gommages de la peau puis par celles de l'œil. Au bout d'une quinzaine de jours, disparition de toutes les gommages; elles se sont résorbées sans aucune tendance à l'ulcération. En même temps les opacités du vitré se sont éclaircies ce qui a permis de voir le fond de l'œil où on diagnostiqua une neuro-rétinite d'un degré léger. En continuant le traitement mercuriel tout disparut, même la gomme qui était tout près du genou et dont il restait à peine des traces vers la fin de novembre.

Au bout d'environ sept semaines du traitement la vision est satisfaisante O. D. = 20/30. Cornée et milieux très clairs. O. G. V. = 20/20.

Il est inutile de dire qu'après la guérison apparente on continua le même traitement tout en diminuant les doses de mercure et d'iodure. On n'a pas pu examiner de nouveau l'état local.

La malade était mariée, mais n'a pas eu d'enfants. Je l'ai vue de temps en temps pendant deux ans. Aucune récurrence. Elle m'a toujours apparu en excellente santé et jouissant d'un heureux état mental.

CONCLUSIONS

I. Il existe dans certaines syphilis très malignes un accident oculaire tertiaire précoce que nous proposons d'appeler : « L'infiltration gommeuse syphilitique de l'œil. » Elle peut être bilatérale. Elle peut coïncider avec des manifestations somatiques secondotertiaires graves.

II. Ces yeux ont été quelques mois auparavant atteints d'iritis syphilitique.

III. Au début, ce sont les symptômes d'une iritis syphilitique plastique avec perte de la vision et céphalées très vives. Rapidement apparaissent des phénomènes d'iridocyclite, puis peu à peu on assiste aux phases classiques du développement d'une tumeur intra-oculaire. A la période ultime, l'œil, horriblement douloureux, staphylomateux, noyé dans le chémosis fait hernie entre les paupières considérablement œdématiées.

IV. L'œil est déformé. Au microscope, les membranes oculaires sont méconnaissables : elles sont infil-

trées par de nombreuses cellules rondes : les éléments nobles ont plus ou moins complètement disparu.

V. Au début, le diagnostic doit être fait avec l'iridocyclite compliquée de phénomènes glaucomateux indiquant la présence d'une tumeur intra-oculaire. A la dernière période la distinction à faire s'impose entre l'infiltration gommeuse et toutes les lésions inflammatoires aiguës de l'orbite ou de la capsule de Ténon.

VI. Le traitement spécifique intensif ne semble pas agir dans la majorité des cas. Agirait-il, le résultat fonctionnel serait le même. L'œil est, en général, irrémédiablement perdu dès que la coupole postérieure du globe est atteinte. L'énucléation s'est imposée dans cinq cas sur sept. Dans deux cas les malades sont morts de syphilis pulmonaire. Nous n'avons noté qu'un cas de guérison.

Vu :

LE PRÉSIDENT DE LA THÈSE,
ROLLET.

Vu :

LE DOYEN,
L. HUGOUNENQ.

Vu et permis d'imprimer :

Lyon, le 29 Novembre 1907.

LE RECTEUR, PRÉSIDENT DU CONSEIL DE L'UNIVERSITÉ,
JOUBIN.

BIBLIOGRAPHIE

- ABREU FIALHO. — Ueber eine ausgedehnte luetische Erkrankung des Auges mit Mitbetheiligung der Conjonctiva (*Archiv. f. Ophthal.*, 52, 1901, p. 446).
- ALEXANDER. — *Syphilis und Auge*, Wiesbaden, 1888, p. 71.
- BARKAN. — Gummatous invasion of the bone, skin, conjunctiva, retina and uveal tract complete and rapid recovery (*Archiv. of ophthal.*, mai-août 1902).
- BARTHÉLEMY. — *Syphilis*, poème en deux chants.
- BOERHAAVE. — *Des maladies des yeux*, 1749.
- BRIXA. — Ueber gumma der Ciliarkörpers und luetische Augenhintergrundserkrankungen (*Archiv. für Ophthalmologie*, année 1899, p. 123 et suiv.).
- CHIBRET. — Valeur relative du mercure et de l'iodure de potassium dans le traitement de la syphilis oculaire (*Huitième Congrès international d'ophtalmologie*, Edimbourg, 1894).
- DARIER. — Des manifestations oculaires graves de la syphilis et de leur traitement (*Annales d'oculistique*, t. 113, p. 351, 1895).
- DELAFIELD. — General syphilitic inflammation of the eye (*Transactions of the Americ Ohptalm. Society*, 1871, juli, p. 69).
- DENARIÉ. — *Contribution à l'étude de la syphilis cornéenne* (Thèse, Lyon, 1883).
- DESMARRES. — *Traité théorique et pratique des maladies des yeux*, 1847.
- EVETZKY. — Ueber das Siphilom des Ciliarkörpers (*Eine anatomische klinische Studie*, Berlin, 1904).
- FOURNIER. — Des affections oculaires d'origine syphilitique (*Journal d'ophtalmologie*, 1872).
- FOURNIER. — *Traité de la Syphilis*, Paris, 1899.
- FRACASTOR. — *Syphilis*, poème en vers latins, Vérone, 1530.

- FUCHS. — *Manuel d'ophtalmologie*, traduction française, Paris, 1906.
- GÉMY (d'Alger). — *Leçons d'ouverture de l'année scolaire*, 1887-1888.
- DE GRÆFE et COLBERG. — Iritis gummosa (*Archiv. f. Ophthalm.*, 1861, VIII, p. 292).
- GUÉRIN. — *Traité des maladies des yeux*, 1759.
- GUIBOUT. — Irido-cyclite avec tumeur gommeuse de l'iris et hernie chorôidienne de l'œil gauche (*Annales de dermatologie et de syphiligraphie*, 1872).
- HIPPEL. — Ein Fall von gummöser Neubildung in sämtlichen Häuten des Auges. (*Archiv. f. Ophthalm.*, 1867, XIII, p. 65).
- LAGRANGE. — *Traité des tumeurs de l'œil*, Paris, 1901.
- LANGLEBERT. — *Aphorismes sur les maladies vénériennes*, Paris, 1875.
- LAWSON. — Syphilitic panophtalmitis (*Ophthalmic hospital reports*, 1869, p. 292).
- MACKENZIE. — *Traité pratique des maladies des yeux*, traduction française, Paris, 1857.
- MAGNY. — *Giornale d'oftalmologia italiano*, 1863.
- MAURIAC. — *Syphilis tertiaire et syphilis héréditaire*, Paris, 1890.
- NITOT. — *Des gommès de l'iris et du corps ciliaire* (Thèse, Paris, 1880).
- PANAS. — *Leçons de clinique ophtalmologique*, Paris, 1899.
- ROLLET (Et.). — Iritis gommeuse à pseudo-hypopyon (*Revue générale d'ophtalmologie*, 1904, XXIII, p. 433).
- RICORD. — *Lettres sur la Syphilis adressées à M. le Directeur de l'Union médicale*, Paris, 1856.
- SAINT-YVES. — *Nouveau traité des maladies des yeux avec de nouvelles découvertes sur la structure de l'œil*, Amsterdam, 1767.
- SCHEIDEMANN. — Ein Fall von gummöser Neubildung auf dem Sehnerveneintritt (*Archiv. f. Ophthalm.*, 1895, p. 156-171).
- TALBOT. — *Recherches statistiques sur la syphilis de l'œil d'après les observations de la clinique ophtalmologique de Bordeaux* (Thèse, Bordeaux, 1894-1895).
- TURCAN. — *Contribution à l'étude des gommès syphilitiques de l'iris* (Thèse, Lyon, 1905).
- YVAREN. — *Fracastor, la Syphilis*, traduction en vers français, Paris, 1847.

TABLE DES MATIÈRES

INTRODUCTION	9
HISTORIQUE.	11
ETIOLOGIE	25
ANATOMIE PATHOLOGIQUE	28
SYMPTOMATOLOGIE.	30
DIAGNOSTIC.	32
PRONOSTIC.	35
TRAITEMENT.	37
CONCLUSIONS	55
BIBLIOGRAPHIE.	57

